

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS DES ORTEILS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

PAR

Lucien GAYRAUD

Né à Saint-Vincent-d'Olargues (Hérault), le 8 mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé lib.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DES ORTEILS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 127

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DES ORTEILS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

PAR

Lucien GAYRAUD

Né à Saint-Vincent-d'Olargues (Hérault), le 8 mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, professeur. *Président.*
MASSABUAU, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé lib. { *Assesseurs*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✱).....	DOYEN.
N... ..	ASSESSEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEBENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱)
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie.....	N... ..
Pathologie interne.....	N... ..
Clinique médicale.....	N... ..
Médecine légale et toxicologie.....	N... ..

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DR ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O ✱) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ ✱, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM GALAVIÈRE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✱ (ch. d'agr. l.)
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	
RICHE.	RIMPAUD ✱.	

Examineurs de la thèse

MM. ESTOR, prof., <i>Président.</i>		MM. SOUBEYRAN, agrégé libre.
MASSABUAU, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'engage ni son approbation, ni son improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS

L. GAYRAUD.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ ÉTIENNE

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

L. GAYRAUD.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, il nous reste à remercier tous ceux qui ont bien voulu s'y intéresser et nous en faciliter la bonne marche.

Notre reconnaissance va particulièrement à Monsieur le professeur Estor qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et dont nous n'avons pas oublié, malgré la guerre, les fructueux conseils, alors que nous étions externe à sa clinique chirurgicale des enfants.

A Monsieur le professeur agrégé Etienne qui nous a inspiré ce travail et nous en a facilité l'étude.

Nos remerciements vont également à tous les maîtres de cette Faculté dont nous avons été successivement l'élève, pour l'intérêt que nous avons retiré de leur enseignement et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous n'avons garde d'oublier nos chers camarades dont la franche amitié s'est maintes fois manifestée à notre égard, et dont nous garderons le souvenir affectueux pendant toute notre vie professionnelle.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DES ORTEILS

CHAPITRE PREMIER

Les affections des orteils constituent maintenant un chapitre bien étudié de la chirurgie orthopédique ; mais il s'en faut, de beaucoup, que toutes les indications d'intervention aient la même importance et la même fréquence.

Les malformations congénitales telles que la macrodactylie, par exemple, ont fait l'objet de nombreux travaux. Ont été également bien étudiées, les malformations résultant d'un trouble du développement, telles que : l'hallux valgus, l'hallux varus, l'orteil en marteau. Les lésions d'inflammation chronique notamment de nature tuberculeuse, les déformations des orteils par luxation ou fracture des phalanges ont été aussi bien mises en lumière. Mais il est un chapitre méritant une mise au point, c'est celui qui est relatif aux tumeurs.

Nous pourrions diviser celles-ci en congénitales et acqui-

ses ; mais le travail de bibliographie auquel nous nous sommes livrés ne nous a pas permis de trouver une seule communication sur les tumeurs congénitales des orteils. Cependant, et en des sièges différents, ces tumeurs sont assez fréquentes. Il suffit de s'en rapporter aux observations d'angiomes, lipomes et kystes dermoïdes congénitaux relatés par Kirmisson dans son *Traité des maladies chirurgicales congénitales*. On y rencontre également pour les tumeurs malignes, des observations de Conheim, de Brindeau et Georghin, de Saint-Germain et de Friedreich qui font ressortir la grande fréquence des sarcomes chez l'enfant et leur siège de prédilection sur le rein, l'œil, le testicule et les os longs. Nous n'envisagerons donc que les tumeurs acquises et nous les diviserons en secondaires et primitives.

Comme tout néoplasme en évolution peut, par la voie sanguine ou lymphatique, faire des métastases au niveau de différents organes, il est rationnel de penser que les os, les synoviales ou le tégument des orteils puissent aussi en être le siège.

Cependant, nous ne concevons pas bien comment les épithéliomas se propageant par la voie lymphatique pourraient atteindre les orteils. Leur réseau, en effet, ne reçoit pas de canaux afférents et il faudrait admettre ce qui n'est pas vraisemblable que les éléments morbides venus de la tumeur primitive, remontent les voies lymphatiques en s'opposant constamment au cours de la lymphe.

Il en est autrement pour les localisations par la voie sanguine.

Les orteils en effet sont soumis à des alternatives de circulation très active pendant la marche et de circulation ralentie pendant le repos, et l'on conçoit qu'il y ait là des conditions favorisantes pour l'arrêt des éléments néoplasiques

circulants, dans les capillaires de cette région. D'ailleurs, rappelons-nous que les sarcomes sont en cause dans ce cas et, s'ils ne sont pas rares chez l'adulte, ils constituent chez l'enfant la forme de prédilection du cancer.

CHAPITRE II

Mais en plus de ces métastases cancéreuses, il existe au niveau des orteils des tumeurs primitives. Elles ne sont pas très fréquentes, il est vrai, surtout si on les compare au nombre considérable des tumeurs des viscères abdomino-pelviens, de celles de la mamelle, des os, du tégument de la face, pour ne citer que les organes le plus souvent atteints. Nous n'avons pu en réunir que cinq cas dans ce travail.

Il semble de plus que l'âge ait une certaine influence sur leur apparition; l'enfance serait privilégiée puisque l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Estor est la seule relative à un enfant.

D'ailleurs, au point de vue du siège de ces tumeurs, il faut remarquer que tous les orteils ne sont pas atteints avec la même fréquence. C'est le gros orteil qui est le plus souvent intéressé.

CHAPITRE III

Nous pouvons maintenant nous poser la question de la nature de ces tumeurs, et elle est d'une importance capitale puisque c'est d'elle que dépendront le pronostic et le traitement.

Il est certain que le plus grand nombre a une évolution maligne. En témoignent : l'observation de Princeteau relative à une femme de 62 ans qui mourut d'une récurrence six mois après l'opération ; celle de Brau-Tapie, publiées toutes deux dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 23 octobre 1910 ; celle de Durand relative à un ostéosarcome de la première phalange du gros orteil chez une femme de 34 ans, tumeur grosse comme une noix, ayant ulcéré la peau et dont l'évolution n'a pu être suivie. Ce cas, publié dans le *Lyon médical* du 17 décembre 1911. Enfin, celle de Bonnet, parue également dans le *Lyon médical* du 20 août 1911 et relative à un sarcome mélanique implanté à la pointe du gros orteil gauche chez une femme de 73 ans. Cette observation se rapproche de celle que nous donnons plus loin en ce sens que : dans les deux cas, le sujet présente des tumeurs multiples du tégument consistant en lipomes peu volumineux et en nombreux nævi vasculaires. De plus, dans ce cas, la nature de la tumeur fut difficile à diagnostiquer avant l'opération, et ce fut un frottis des bourgeons néoplasiques qui, examiné au microscope, montra les granula-

tions mélaniques et trancha ainsi la question. L'ablation de l'orteil et de son métatarsien ne sembla pas être suivie de récédive, du moins à un nouvel examen pratiqué trois mois après. Mais il existait toujours un volumineux ganglion inguinal signe indéniable de la malignité du néoplasme. D'ailleurs, Bonnet fait suivre son observation de remarques importantes relatives à la fréquence des tumeurs mélaniques au niveau du pied et des orteils. Il dit « que le gros orteil peut être considéré comme étant le lieu d'élection des tumeurs mélaniques. Le pied lui-même entre pour le quart des tumeurs mélaniques de la peau et dans ce chiffre la plante et le talon sont envahis dans 51 cas tandis que les orteils sont envahis dans 64 cas dont 25 pour le gros orteil ».

Beaucoup plus rares sont les tumeurs bénignes. Wies dans la *Loire médicale* du 15 février 1910 en cite un cas chez un homme adulte. Il s'agissait d'un lipome siégeant à la face externe du gros orteil droit, à évolution très lente, mais qui subit en un mois une rapide augmentation de volume. La palpation montra une lobulation très nette due aux lobules adipeux enserrés dans les tractus fibreux du pied et à l'extirpation il fallut disséquer minutieusement la tumeur qui, d'ailleurs, adhérait au périoste.

L'observation suivante, que nous devons à la bienveillance de notre maître, M. le professeur Estor, en est un autre exemple. Elle est relative à un cas de fibrome, d'origine périostique probable et nous sommes redevables à M. le professeur agrégé Etienne, de son examen anatomo-pathologique. Voici cette observation :

CHAPITRE IV

L..., âgé de 14 ans a été atteint d'une pneumonie à l'âge de 6 mois et d'une rougeole bénigne à l'âge de 8 ans.

Il a un frère plus jeune que lui en bonne santé et ne portant aucune trace de tumeur.

Ses parents sont bien portants; pas de traces de néoplasmes, de syphilis, ni de tuberculose. Cependant sa mère qui s'est mariée deux fois a eu du premier mariage six enfants dont cinq sont morts de bacillose pendant la première enfance. Le premier mari a lui-même succombé à cette affection.

L'examen du malade offre les particularités suivantes :

Les cheveux châtain, sont assez abondants, mais parsemés de nombreux cheveux blancs. On peut remarquer une touffe blanche de la grandeur d'une pièce de un franc siégeant à la partie antéro-supérieure de la région temporale gauche.

A la partie antérieure de celle-ci, le tégument présente une zone de forme rectangulaire légèrement surélevée. Elle mesure 3 centimètres dans le sens vertical, 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur et empiète sur la peau de la face et sur le cuir chevelu. Les bords en sont réguliers, sa couleur est rouge, ne s'efface pas à la pression et elle paraît rugueuse au doigt. C'est un angiome plan.

Du côté droit se trouve une tache tout à fait analogue,

mais de forme plus irrégulière et n'occupant que la peau de la région temporale entre la queue du sourcil et l'origine des cheveux. Dans le sens vertical, elle s'étend sur 3 centimètres environ.

Le tégument de la face est parsemé d'angiomes du volume moyen d'une tête d'épingle; cependant l'un d'eux est plus développé et se trouve à 1 centimètre en avant du tragus de l'oreille droite. Ce semis de minuscules tumeurs répond à deux types: les unes et ce sont de beaucoup les plus nombreuses ont le type vasculaire, les autres sont pigmentaires, très foncées, presque noires.

L'examen du nez et du pharynx a montré l'absence de tout polype.

Les téguments du cou présentent encore quelques points vasculaires et pigmentaires mais ils sont beaucoup moins abondants qu'à la face.

Au niveau des membres supérieurs, nous ne trouvons plus que des nævi pigmentaires peu nombreux. Le médius gauche présente une cicatrice sur la face palmaire de la troisième phalange et cette dernière est elle-même déviée du côté cubital. L'articulation interphalangienne correspondante est fortement ankylosée. Toutes ces lésions résultent d'un traumatisme subi il y a dix ans.

Sur la face antérieure du thorax, à 1 centimètres au-dessous du mamelon droit, nous distinguons un placard de forme ovale, à grand axe transversal de 3 centimètres sur 2 centimètres, non surélevé, d'un blanc mat, comparable à un placard de vitiligo. Du côté gauche, à 1 centimètre au-dessous du sein se trouve une tache analogue mais beaucoup plus petite.

Sur la face postérieure, nombreux nævi vasculaires et pigmentaires dans les régions sus-scapulaires. A la partie inférieure de la région scapulaire droite et empiétant sur

l'espace inter-scapulo-vertébral, nous retrouvons quatre placards de vitiligo formant par leur ensemble une demi-circonférence de 3 centimètres de rayon, ouverte vers la région axillaire.

Du côté gauche, au niveau de l'angle inférieur du scapulum, nous trouvons encore un nœvus vasculaire assez surélevé, de la grosseur d'une lentille. L'auscultation du cœur et du poumon n'a fait découvrir aucun signe pathologique.

Au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, et à 2 centimètres à gauche de la ligne médiane, nous trouvons deux tumeurs du volume d'un haricot, placées l'une à côté de l'autre, mais nettement séparées et bien délimitées. Elles ont une consistance ferme, légèrement élastique et sont mobiles sur les plans sous-jacents. La peau ne s'accompagne pas de coloration anormale à leur niveau. Ce sont probablement deux petits lipomes.

Au membre inférieur gauche, nous rencontrons au tiers supérieur de la face externe de la cuisse une tache de vitiligo de la dimension d'une pièce de 1 franc; il en existe encore une autre plus petite à la partie antéro-supérieure.

Le gros orteil présente, au niveau de sa deuxième phalange, deux tumeurs: l'une située sur la face dorsale, au-dessus de l'ongle a le volume d'un pois et un fin pédicule la rattache à la partie postérieure du sillon unguéal interne. C'est vraisemblablement un *molluscum pendulum* et il a fait son apparition il y a un an et demi.

La seconde est irrégulièrement sphérique et mesure 4 centim. 5 dans le sens antéro-postérieur, et 3 centim. 5 dans le sens transversal. Elle est située complètement au-dessous de l'ongle qui est refoulé en haut. La pulpe de l'orteil en est séparée par un sillon très profond du côté externe qui se continue jusqu'au pédicule de la tumeur, lequel s'implante sur la partie interne du sillon unguéal antérieur. Sa

surface de coloration rosée présente quelques petits sillons très superficiels et elle est ulcérée légèrement sur sa face interne. Cette ulcération est due à un traumatisme et non à l'envahissement de la peau par des bourgeons néoplasiques. La consistance de cette tumeur est ferme, sans dureté, et il n'y a pas de lobulation appréciable. Les ganglions poplités et inguinaux sont indemnes. Pas de douleur spontanée ni provoquée.

L'origine de cette tumeur date de douze ans, l'enfant avait alors 2 ans. Son évolution est très lente et se fait progressivement au fur et à mesure du développement physique du sujet. D'ailleurs, l'état général de ce dernier est excellent; il n'est pas amaigri sa taille et son poids correspondent à la moyenne de ceux des enfants de son âge.

Après la désarticulation de la deuxième phalange, nous constatons que la tumeur a la forme d'un champignon, et une coupe antéro-postérieure intéressant l'os permet de voir que le pédicule semble se continuer avec le périoste. Immédiatement après l'ablation, la coupe avait un aspect blanchâtre à la périphérie et rosé au niveau de la partie centrale et du pédicule. Ce dernier avait 1 centimètre de large dans le sens antéro-postérieur. La consistance de la tumeur est ferme dans toute son étendue. Quant à la petite tumeur pédiculée, elle a également une consistance ferme et elle est de coloration blanchâtre.,

Nous ne pouvons, malheureusement, donner un examen histologique aussi complet que nous l'aurions voulu, car le squelette de la phalange n'est pas encore suffisamment décalcifié pour qu'on puisse faire des coupes intéressant à la fois l'os et la néoformation. Mais sur des coupes de la partie molle, nous trouvons : un revêtement épidermique cutané avec des papilles hypertrophiées plongeant dans le tissu sous-jacent mais sans autres altérations pathologiques. La

partie essentielle, constituée par le tissu sous-jacent est surtout composée de fibres conjonctives adultes fortement serrées les unes contre les autres. Les noyaux des cellules conjonctives sont parfaitement colorés par l'hématéine. Au sein de cette masse fibreuse se trouvent de nombreux espaces clairs, arrondis irrégulièrement, ou ovalaires, ce sont des sections de vaisseaux. La paroi de ceux-ci est fortement épaissie; les cellules et les fibres conjonctives qui la constituent, sont fortement tassées les unes contre les autres et hypertrophiées. L'endothélium vasculaire représenté par quelques noyaux, ne se distingue pas nettement du reste de la paroi.

Autour de certains vaisseaux, on rencontre des amas cellulaires nombreux prenant même par endroits le type inflammatoire.

La distribution du tissu fibreux des vaisseaux et des zones réactionnelles n'est pas quelconque. A la périphérie, ce sont surtout les fibres conjonctives adultes qui dominent; au contraire, au niveau du pédicule, la vascularisation est beaucoup plus intense, les parois vasculaires beaucoup moins épaisses et l'infiltration cellulaire plus abondante; c'est, d'ailleurs là que l'on observe les figures de réaction inflammatoire.

En résumé, il s'agit d'une tumeur fibreuse dont la partie active se localise au pédicule et dont il ne nous est pas possible de donner le point de départ exact, tant que les coupes totales intéressant le squelette n'auront pas été faites.

Quant à la petite tumeur, elle est constituée par du tissu fibreux adulte et des vaisseaux, mais leur densité est moins grande que celle de la précédente tumeur.

CHAPITRE V

L'intérêt de cette observation n'est pas seulement celui d'un cas nouveau ajouté à ceux déjà connus sur cette rare matière, mais il pose encore la question de la multiplicité des tumeurs primitives. Sans vouloir entrer dans des détails sur cet important problème, nous dirons toutefois que les enfants, aussi souvent que les adultes sont atteints de tumeurs de nature différente qui évoluent séparément pour leur propre compte.

C'est ainsi que le petit malade qui nous intéresse présente à la fois des angiomes vasculaires plans, des angiomes pigmentaires, probablement deux petits lipomes et enfin le fibrome périostique du gros orteil. Plus souvent, il est vrai, ce sont des tumeurs de même nature qui évoluent à la fois sur des organes différents. On a cité des cas de tumeurs multiples du squelette et dans ce cas on trouvait d'une façon assez régulière de l'albuminose dans les urines. Dans d'autres cas, ces ostéo-sarcomes coexistaient avec des sarcomes du rein ou de l'orbite.

Nous pouvons nous demander maintenant quelles sont les causes de cette multiplicité des tumeurs. Mais cette vaste question dépasserait les limites de notre travail et nous nous bornons simplement à dire que, dans le cas particulier de notre observation, nous ne pouvons incriminer la syphilis, puisque nous n'en avons retrouvé aucune trace dans les antécédents et que la réaction de Wassermann a été négative.

CHAPITRE VI

Il nous reste maintenant à discuter le diagnostic et, pratiquement, la question se résout à distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Les signes qui devront nous faire penser à la malignité sont les suivants :

1° L'évolution rapide de la tumeur consistant en un accroissement de volume considérable et en une invasion de la peau par les bourgeons néoplasiques, arrivant à l'ulcération ;

2° L'envahissement de tous les tissus donnant la sensation d'une masse diffuse sans limitation nette et sans mobilité sur les plans sous-jacents ;

3° La présence de métastases aux ganglions poplités ou inguinaux. En tout cas, dans le doute, on pourra faire une biopsie qui tranchera le diagnostic.

Il sera plus difficile de reconnaître la variété de tumeur à laquelle nous avons affaire. Nous nous baserons dans chaque cas particulier sur les caractères propres à chacune d'elles en faisant aussi entrer en ligne de compte certains facteurs généraux. Les jeunes sujets par exemple, en raison de l'activité génératrice des os et du périoste seront plus facilement atteints d'ostéo-sarcomes, de chondromes ou de fibromes. Les sujets adultes, bien que n'en étant pas exempts feront aussi des lipomes et des cancers épithéliaux.

Le diagnostic différentiel avec les autres affections des

orteils ne fera le plus souvent l'objet d'aucune difficulté. Il est cependant deux cas où le doute pourrait se glisser ; c'est celui relatif à un ostéo-sarcome que l'on pourrait confondre avec une spina ventosa ou avec une gomme syphilitique. Mais l'évolution du sarcome de l'os est beaucoup plus rapide et elle ne donne pas à l'orteil la forme fuselée de la spina ventosa ni la limitation très nette de la gomme. Le plus souvent, il s'accompagne de retentissement sur les ganglions poplités et inguinaux. Enfin, dans le cas de spécificité, la notion d'une syphilis héréditaire ou acquise, aidée par la réaction de Wassermann certifieront le diagnostic.

Quant au pronostic, il est ici comme pour tous les autres organes variable suivant la nature de la tumeur. Très favorable lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne, il devra toujours être réservé en présence de signes de malignité même après une large exérèse et un curetage soigneux du creux poplité et du triangle de Scarpa.

CHAPITRE VII

Quel traitement allons-nous employer? Nous laisserons systématiquement de côté les cautérisations et les rayons X pour donner le pas à l'intervention chirurgicale. Mais faudra-t-il faire une large exérèse ou une opération conservatrice. Naturellement tout dépend de la nature de la tumeur. Si elle est bénigne, il est certain que nous nous contenterons de l'ablation simple et nous ne nous laisserons contraindre à la désarticulation ou à l'amputation que s'il existe des adhérences osseuses ou périostiques. Il faut, en effet, appliquer aux orteils les préceptes chirurgicaux qui sont de mise pour les doigts, c'est-à-dire en sacrifier le moins possible et seulement en cas de nécessité absolue.

Mais, par contre, s'il s'agit d'un néoplasme malin, il ne faut pas hésiter et l'amputation non seulement de l'orteil mais de son métatarsien est absolument de rigueur. Il ne faudra pas oublier aussi un curage soigneux du creux poplité et du triangle de Scarpa sous peine de s'exposer à des récidives à bref délai.

CONCLUSIONS

En résumé, de ce qui précède, il résulte que :

- I. Les tumeurs primitives des orteils sont rares ;
 - II. Elles intéressent surtout le gros orteil ;
 - III. L'enfance paraît privilégiée ;
 - IV. Le plus grand nombre a une évolution maligne ;
 - V. Mais il existe des tumeurs bénignes et notre observation en est un nouvel exemple.
-

BIBLIOGRAPHIE

- BRAU TAPIE. — Epithélioma du gros orteil. *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 octobre 1910.
- PRINCETEAU. — Epithélioma du gros orteil. *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 octobre 1910.
- WIES. — Lipome du gros orteil. *Loire médicale*, 15 février 1910.
- DURAND. — Ostéosarcome du gros orteil. *Lyon médical*, 17 décembre 1911.
- BONNET. — Tumeur mélanique du gros orteil. *Lyon médical*, 20 août 1911.
- La mélanose et les tumeurs mélaniques, Lyon 1911, Maloine.
- CHOLEVO. — Un cas d'ostéochondrome sous-unguéal du gros orteil à marche maligne. *Meditzinsky journal*, 1^{er} novembre 1913.
- JASPERT. — Thèse de l'Université de Munich, mai 1909. Sur la multiplicité des tumeurs et de la sarcomatose dans l'enfance.
- GERSHEIM. — Un cas d'angiomatose généralisée. *Jahrbuch f. Kinderh.* Berlin, 1912.
- BOVEN (J.). — Multiple subcutaneous hemangiomas together with multiple lipomas, occuring in enormous numbers in an otherwise healthy muscular subject. *An. j. m. sc. Philad. et N.-Y.*, 1912.

JACKSON. — Case of disseminated angioma *J. cutans dis.*
incl. syst. N.-E., 1913.

KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales congéni-*
tales.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 9 avril 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 9 avril 1920.
Le Doyen
MARTEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
